TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR PAUL BANZET



MAI 1933

G. DOIN & CIE
= ÉDITEURS =
8, PLACE DE L'ODÉON, PARIS (6e)
= 1933 =

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

DOCTEUR PAUL BANZET

MAI 1933

G. DOIN & CIE
= ÉDITEURS =
8, PLACE DE L'ODÉON, PARIS (6e)
= 1933 =

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

Docteur en Médecine de la Faculté de Paris (1927).
Aide d'Anatomie à la Faculté de Paris (1926).
Chef de Clinique à la Faculté (1930).
Admissible à l'Agrégation (1932).

TITRES HOSPITALIERS

Externe des Hôpitaux de Paris (1920).
Interne des Hôpitaux de Paris (1923).
Interne Médaille d'Or de Chirurgie (1927).
Chirurgien des Hôpitaux de Paris (1932).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre Titulaire de la Société Anatomique.

RÉCOMPENSES

Lauréat des Hôpitaux (Médaille d'Or), 1927.
Lauréat de la Faculté de Médecine (Prix de Thèse), 1927.

ENSEIGNEMENT

Enseignement d'Aide d'Anatomie à la Faculté de 1924 à 1930.
Conférences faites à la Clinique de l'Hôtel-Dieu en 1930, 31 et 32.

TITRES MILITAIRES

Engagé volontaire, dans l'Artillerie, en 1914.
Parti au front comme Aspirant d'Artillerie, en 1915.
De 1915 à 1916 Aspirant puis Sous-Lieutenant d'Artillerie dans un groupe de batteries à cheval.
De 1916 à novembre 1918. Lieutenant Observateur à l'Escadrille SPAD 63.
Croix de Guerre (deux citations).

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

LISTE DES PUBLICATIONS

1° **Lésion traumatique de la rotule chez un enfant** (en collaboration avec M. Madier). *Bulletins de la Société Anatomique.* Mars 1923.

2° **Corps étranger (balle de revolver) de l'appendice** *Bulletins de ta Société Anatomique,* mars 1923.

3° **Décollement épiphysaire bilatéral de l'olécrane.** *Bulletins de la Société Anatomique,* juin 1924.

4° **Fibrôme kystique de l'utérus.** *Bulletins de la Société Anatomique,* juillet 1924.

5° **Fibro myome utérin et cancer du corps utérin.** *Annales d'Anatomie Pathologique,* février 1927.

6° **Chondromes des doigts** (en collaboration avec M. Leroux). *Annales d'Anatomie Pathologique,* juillet 1927.

7° **Lésion traumatique d'un doigt et de son tendon fléchisseur.** *Bulletins de la Société Anatomique.* Juillet 1927.

8° **Rapports des racines rachidiennes et des vertèbres.** *Annales d'Anatomie Pathologique,* T. III, N° 8, novembre 1926.

9° **La cordotomie.** Thèse de Paris. 1927. Berger Levrault, éditeur.

10° **La cordotomie** (*technique opératoire*), (en collaboration avec M. Robineau). *Journal de Chirurgie,* 1927, T. II, page 128.

11° **Le duodénum mobile.** *Archives des maladies de l'appareil digestif,* Tome XVIII, n° 4, avril 1928.

*

12° **Perforation aiguë des ulcères gastro-duodénaux.** *L'Avenir Médical*, n° 10, décembre 1930.

13° **Quelques remarques sur le traitement chirurgical des ictères chroniques par rétention.** *Paris Médical*, N° 20, mai 1931.

14° **Un cas de troubles gravidiques traités par l'insuline.** *Revue Médicale Française*, n° 9, décembre 1931.

15° **Dislocation bilatérale du carpe.**(rapport de M. Fredet). *Bulletins de la Société de Chirurgie*, N° 1. T. LIX, 14 janvier 1933.

16° **Appendicite à forme tumorale.** (rapport de M. Baumgartner). *Bulletins de la Société de Chirurgie*, N° 1, T. LIX, 14 janvier 1933.

17° **Deux observations d'hémorragies intracrâniennes traumatiques opérées avec succès.** (rapport de M. Lenormant). *Bulletins de la Société de Chirurgie*, N° 1, T. LIX, 14 janvier 1933.

CHIRURGIE DU SYSTÈME NERVEUX

LA CORDOTOMIE

La Cordotomie (thèse. Paris, 1927).

Au cours de ma seconde année d'internat, j'ai assisté aux premières opérations de cordotomies pratiquées par le Dr Robineau. J'ai, par la suite, suivi tous les opérés de M. Robineau, pris leurs observations pré et post opératoires ; j'ai, moi-même, eu l'occasion de pratiquer quelques cordotomies et j'ai fait de cette opération, le sujet de ma thèse inaugurale.

Il s'agissait là d'un sujet vraiment nouveau, où tout était à préciser : indications opératoires, technique et résultats.

Siége de la cordotomie. — Le niveau où la section médullaire est pratiquée a une grande importance : la cordotomie doit être faite au niveau de la partie supérieure de la moelle dorsale (D. 3 ou D. 4) pour être certain d'obtenir une anesthésie remontant au 7e ou 8e segment dorsal. Ce niveau est, par ailleurs, le plus favorable quant à l'accessibilité de la moelle. En ce point, le maximum de chances se trouvent réunies pour que l'on obtienne un résultat antalgique favorable.

Il est, en effet, difficile d'avoir la certitude de sectionner la totalité du faisceau de la douleur qui est profond, confinant en dedans à la corne latérale de la moelle, en dehors au faisceau de Gowers et au faisceau cérebelleux direct, en arrière au faisceau pyramidal croisé. Les fibres de la douleur, en origine croisée, se groupent obliquement dans le faisceau antéro latéral : les fibres venues des niveaux les plus bas situés sont, peu à peu, refoulées vers la périphérie par les fibres venues des niveaux plus élevés. Plus la section est haute, plus elle atteint un faisceau bien groupé et plus on a de chances de sectionner, sans dommage pour les faisceaux voisins, le maximum de fibres douloureuses.

Technique. — Au point de vue technique, la cordotomie comporte un premier temps, banal, de laminectomie et d'ouverture de la dure mère. Les procédés opératoires varient suivant les chirurgiens (anesthésie locale ou générale ; position du malade assise ou couchée).

Le temps capital est celui d'exploration de la moelle, souvent très difficile. Il demande une grande minutie et beaucoup de patience.

L'abord de la moelle est souvent gêné par des voiles d'arachnoïdite qu'il faut dissocier. Il est ensuite indispensable de chercher un premier repère : en l'espèce le ligament dentelé. Celui-ci est éminemment variable dans sa forme et sa disposition : net et facile à voir dans les cas simples et schématiques, il est souvent réduit à un simple épaississement de la pie mère, d'où se détachent des fins tractus allant se fixer à la face profonde de la dure-mère : pour les voir il faut les tendre et, pour cela, écarter doucement la moelle vers le côté opposé avec unc spatule mousse.

Le ligament dentelé repéré, on pique un fin crochet recourbé dans l'insertion médullaire du ligament. Ce crochet sert de tracteur assez solide pour faire pivoter la moelle et exposer sa partie antéro-latérale : on entreprend alors la recherche du second repère.

Le second repère est constitué par la ligne d'émergence des radicules antérieurs : eux aussi sont très souvent difficiles à voir, accolés qu'ils sont à la moelle. Il est nécessaire d'isoler une racine antérieure, de la tendre en dehors pour bien voir les radicules et apprécier avec certitude leur point d'émergence de la moelle.

Ce temps d'exploration est rendu souvent très pénible par l'issue, à chaque mouvement respiratoire, de liquide céphalo-rachidien qui se teinte de sang et obscurcit le champ opératoire très restreint où se pratique la cordotomie.

L'insertion médullaire du ligament dentelé et l'émergence des radicules antérieurs étant repérés, la section médullaire va, en surface, aller de l'un à l'autre (soit une étendue de 3 m/m.) ; en

profondeur, elle devra avoir 2 m/m 1/2, et affecter une forme triangulaire pour éviter en arrière le faisceau pyramidal. M. Robineau a fait établir un couteau dont la lame triangulaire a exactement les dimensions voulues. Il suffit d'enfoncer ce couteau dans la moelle après avoir incisé la pie-mère à l'aide d'un petit ténotome d'oculiste.

La suture de la dure-mère et la fermeture de la plaie opératoire ne présentent rien de spécial.

Les résultats de la cordotomie. — L'étude des résultats de la cordotomie m'a particulièrement retenu. D'une part dans le but de dégager des indications nettes à cette opération ; d'autre part, pour essayer de préciser certains points d'anatomie médullaire.

Une cordotomie correctement exécutée procure une anesthésie complète, à la douleur et à la chaleur, dans le segment sous jacent du corps, du côté opposé à la section. Pratiquée au lieu d'élection (D. 3 ou D. 4), elle produit une anesthésie de tout le membre inférieur et du tronc jusqu'au niveau dont la topographie sensitive correspond au 7e ou 8e segment dorsal. Cette anesthésie est absolument définitive.

Au point de vue objectif il se produit une cessation de tout phénomène douloureux dans le territoire anesthésié.

La sensibilité tactile et la sensibilité profonde restent intactes.

L'anesthésie obtenue à la suite de cordotomie s'accompagne, de façon constante, d'hypotonie musculaire des ou du membre inférieur suivant que la section médullaire a été bi ou uni-latérale. Cette hypotonie semble pouvoir être attribuée à la section, fatale au cours de l'opération, du faisceau de Gowers et d'une partie du faisceau cérébelleux direct.

Des complications peuvent apparaître à la suite des cordotomies. Elles semblent liées soit à une section trop étendue ayant intéressé la corne latérale de la moelle ou le faisceau pyramidal ; soit à des petits foyers d'hématomyélite. Parmi ces complications, les plus graves sont les troubles pyramidaux, les troubles trophiques et les troubles sphinctériens.

Les troubles moteurs vont d'une paralysie plus ou moins com-

plète, à un signe de Babinski en extension comme seule trace de l'atteinte pyramidale.

Les troubles sphinctériens sont très fréquents : la rétention d'urines est à peu près de règle dans les suites opératoires immédiates ; elle cède en général rapidement. Mais l'incontinence peut être observée et rester définitive.

Les troubles trophiques enfin sont relativement fréquents et semblent sous la dépendance d'une blessure de la corne antérieure ou de la corne latérale de la moelle.

Le résultat de la cordotomie quant au soulagement des douleurs est absolument parfait si l'opération a été correcte et toutes les fois où les douleurs accusées par le malade relèvent d'une cause organique. Chaque fois que la cause de la douleur est discutable, le résultat de l'opération est aléatoire.

C'est de ces données que découlent les indications de la cordotomie. Elle constitue une opération parfaite pour faire cesser les douleurs de cause matérielle de la moitié sous-ombilicale du corps ; elle est susceptible d'entraîner des complications très fâcheuses. C'est dire qu'elle trouve son indication de choix dans les cas de douleurs liées à l'évolution de cancers inopérables ou récidivés. Elle apporte à ces pauvres malades, le plus souvent intoxiqués de morphine, un soulagement inappréciable. Dans tous les autres cas les indications de la cordotomie doivent être posées avec la plus grande circonspection ; et la possibilité de troubles moteurs, sphinctériens ou trophiques, que l'on ne peut jamais avoir la certitude d'éviter, ne doit pas être perdue de vue.

L'étude des résultats de la cordotomie m'a permis d'essayer de préciser certains points de l'anatomie de la moelle. Trois théories différentes sont, en effet, en présence :

D'après Déjerine : les fibres de la sensibilité douloureuse et thermique, venues de la racine postérieure, viennent se grouper, après s'être croisées sur la ligne médiane, dans la partie postérieure du faisceau antéro-latéral, formant un faisceau de fibres qui confine en arrière au faisceau pyramidal, en dedans à la corne

latérale ou à des fibres blanches d'association, et reste, en dehors, séparé de la surface de la moelle, par le faisceau de Gowers en avant, le faisceau cérébelleux directe en arrière. Le faisceau de Gowers serait, pour Déjerine, le conducteur de la sensibilité profonde inconsciente.

Pour Van Gehuchten et Brissaud, le faisceau de Gowers contient, en totalité, les fibres de la sensibilité douloureuse et thermique, la partie postérieure du faisceau antéro-latéral n'étant constituée que de fibres d'association.

Sicard et Robineau refusent au faisceau de Gowers un rôle dans la conductibilité profonde et, pour eux, les fibres de la sensibilité douloureuse et thermique se grouperaient à la fois dans le faisceau latéral et dans le faisceau de Gowers.

L'étude des résultats de la cordotomie m'a paru permettre de trancher entre ces opinions différentes et je crois pouvoir dire que des trois opinions en présence, celle de Déjerine est la vraie.

En effet, il y a de nombreux cas de cordotomies, où une section parfaitement en place n'a donné aucun résultat au point de vue antalgique et aucune modification appréciable de la sensibilité. Or la section était en bonne place et il est difficile d'admettre que le faisceau de Gowers n'ait pas été coupé. Donc il ne serait pas le conducteur de la sensibilité thermique et douloureuse.

J'ai pu, de plus, examiner avec le Dr Jumentié, les coupes des deux moelles de malades mortes après des cordotomies. Une de ces opérées était atteinte d'un cancer pelvien inopérable atrocement douloureux. Une cordotomie est pratiquée : il en résulte une anesthésie atteignant à peine les genoux ; les douleurs pelviennes persistent violentes. Une seconde cordotomie est alors pratiquée un peu plus haut : l'anesthésie dépasse alors le niveau des crêtes iliaques et la malade cesse de souffrir.

L'examen histologique de la moelle montre que la première cordotomie n'avait pas été assez profonde : en bonne place, elle intéressait la totalité du faisceau de Gowers, une partie du faisceau cérébelleux direct, mais elle entamait à peine, en profondeur,

le faisceau latéral. La seconde cordotomie, en bonne place, elle aussi, sectionnait en totalité le faisceau latéral, venant en profondeur au contact de la corne latérale.

Donc une section de la totalité du faisceau de Gowers (vérifiée histologiquement) ne s'est accompagnée que d'une anesthésie insignifiante, qui est à attribuer à la section superficielle du faisceau latéral. Seule la section de la totalité du faisceau latéral restant a procuré l'anesthésie désirée.

Tous ces arguments me permettent de penser que Déjerine avait raison en localisant uniquement dans le faisceau latéral les fibres de la sensibilité douloureuse et thermique.

Le faisceau de Gowers est un faisceau cérébelleux. A sa section doit être attribuée l'hypotonie musculaire, symptôme cérébelleux par excellence, que l'on observe de façon constante chez les cordotomisés.

TRAVAUX ANATOMIQUES

RAPPORT DES RACINES RACHIDIENNES ET DES VERTÈBRES

(*Annales d'anatomie pathologique*. T. III, nov. 1926.)

L'étude de la cordotomie m'a conduit à tenter de préciser les rapports qui existent entre les racines rachidiennes et les vertèbres.

Il paraissait en effet impossible, au cours d'une opération sur la moelle ou les racines rachidiennes, de savoir quels numéros de paires rachidiennes apparaissaient dans le champs opératoire.

Les principaux auteurs qui s'étaient occupés de la question (Chipault, Hovelacque) n'avaient pu que conclure à une extrême variabilité dans le nombre des radicules, la direction et le calibre des racines. De même les repères cutanés fournis par les apophyses épineuses ne peuvent servir en rien à identifier les racines.

Reprenant l'étude de cette question, j'ai pratiqué des laminectomies sur un grand nombre de sujets et j'ai cherché quels repères osseux pouvaient être facilement reconnus au cours d'une opération médullaire. J'en ai trouvé deux toujours faciles à sentir et très précis dans leur situation :

A la région cervicale l'interligne séparant en arrière les apophyses articulaires.

A la région dorsale, la base des apophyses transverses dont les bords supérieur et inférieur sont toujours faciles à sentir par la palpation, dans la profondeur de la plaie.

Par rapport à ces repères, j'ai pu établir la règle suivante :

A la région cervicale : au niveau, ou légèrement au-dessus d'un interligne d'apophyses articulaires, on voit une paire rachidienne

perforer la dure-mère. Le numéro de la racine est celui de la vertèbre inférieure de l'interligne. *Exemple :* la 3e paire cervicale perfore la dure-mère au niveau de l'interligne entre C. 2 et C. 3.

A la région dorsale : une paire rachidienne perfore la dure-mère au niveau de la partie moyenne de la base de chaque apophyse transverse. La racine a le numéro de l'apophyse correspondante. Exemple : la 6e paire dorsale perfore la dure-mère au niveau de la base de la 6e apophyse transverse dorsale.

A la région lombaire : les deux premières paires lombaires suivent la règle énoncée pour les racines dorsales.

Il est toujours facile, au cours d'une intervention, de savoir avec certitude les numéros des apophyses épineuses correspondantes à la laminectomie. Les numéros des apophyses transverses, ceux des apophyses articulaires et des paires rachidiennes sont, dès lors, connus.

CHIRURGIE DU TUBE DIGESTIF

Le duodénum mobile

(*Archives des maladies de l'appareil digestif.* T. XIII. avril 1928).

Sur l'instigation de M. le Professeur Pierre Duval, j'ai entrepris l'étude de la question de la mobilité duodénale.

Si, classiquement, le duodénum, en dehors de la partie gauche de sa première portion, est un organe fixe, rétro-péritonéal, il existe des cas, certainement nombreux, où la mobilité normale d'une faible partie de la première portion peut s'étendre au reste de l'anneau duodénal, en tout ou en partie.

Lorsqu'elle existe, cette malformation peut entraîner des troubles fonctionnels importants et, surtout, créer un syndrome radiologique parfois difficile à interpréter.

La méconnaissance d'une mobilité anormale du duodénum pourra entraîner le chirurgien dans deux écueils : ne rien faire

là où un traitement efficace pourrait soulager le malade ; ou effectuer une opération illogique qui, ne s'adressant pas à la cause, sera incapable d'en annihiler les effets.

La mobilité duodénale est liée à un défaut d'accolement du méso-duodénum au péritoine pariétal postérieur. Ce défaut d'accolement peut être total ou partiel. Il en résultera deux variétés différentes de duodénum mobile : totale ou partielle.

Dans la variété *de mobilité duodénale totale,* l'accolement fait totalement défaut. Le duodénum apparaît comme une anse grêle banale, pourvue d'un méso depuis le pylore jusqu'à l'angle duodéno jéjunal. C'est du reste la disposition normale chez beaucoup d'animaux. Cette anomalie est exceptionnelle chez l'homme ; elle semble indispensable pour permettre une hernie diaphragmatique du duodénum.

Deux formes de mobilité duodénale totale peuvent être rencontrées : tantôt elle résulte d'un arrêt de torsion de l'anse intestinale et s'accompagne de modifications profondes dans la topographie générale de l'abdomen. Tantôt il s'agit uniquement d'un défaut d'accolement des mésos, la topographie générale de l'abdomen n'étant pas changée.

La mobilité duodénale totale peut engendrer des troubles pathologiques par coudure de l'intestin au niveau du muscle de Treitz, inséré normalement à l'angle duodéno jéjunal.

La mobilité duodénale partielle, due à un défaut d'accolement partiel du méso duodénum, ne s'observe guère que sur la seconde portion. Ce défaut d'accolement peut s'étendre jusqu'au méso-colon transverse : c'est la mobilité partielle complète. Tantôt il n'intéresse que la partie supérieure du deuxième duodénum : c'est la mobilité partielle incomplète.

De ce défaut d'accolement il résulte, que, lorsque le sujet est couché, le duodénum a sa forme et son aspect normal ; mais lorsque le sujet est debout, le segment mobile, attiré en bas par l'estomac, tend à basculer autour de la charnière que constitue le point d'union entre ce qui est anormalement mobile et ce qui est normalement accolé.

La plicature résultant de cette bascule pourra causer des troubles pathologiques.

La bascule de la portion mobile peut se produire de deux façons :

A) Tantôt elle se fait d'avant en arrière, la face postérieure du duodénum basculé venant regarder en avant. Il en résulterait une torsion de l'antre pylorique : cette disposition, possible théoriquement, n'a pas encore été signalée.

B) Dans tous les cas jsuqu'à présent observés, la bascule se résume en un glissement vers le bas de la partie mobile, qui vient s'accoler en canon de fusil à la partie restée fixe.

Que la mobilité partielle soit complète ou incomplète, elle pourra déterminer une sténose sus-vatérienne dans la mobilité partielle incomplète ; sous-vatérienne dans la mobilité partielle complète. Un syndrome morbide ne pourra se trouver réalisé que s'il se produit une sténose canaliculaire de l'intestin.

Le syndrome clinique de la mobilité duodénale partielle est en général assez obscur : fait de douleurs évoluant par crises, ayant ce caractère spécial d'être calmées immédiatement par le décubitus. Ictère, souvent observé, lié vraisemblablement à une coudure du cholédoque.

C'est essentiellement la radiographie qui fait poser le diagnostic.

Au point de vue radiographique nous ne possédons pas d'exemples de mobilités duodénales totales reconnues par l'examen radiologique. Par contre les variétés incomplètes fournissent des images caractéristiques.

Dans la variété partielle complète on voit au pylore succéder un bulbe normalement dirigé en haut et à droite ; la seconde portion amorcé sa descente normale vers le flanc droit de la colonne vertébrale, puis elle remonte le long du bord droit du rachis pour se continuer avec une troisième et une quatrième portion normales dans leur disposition (le court segment sous-mésocolique de la seconde portion n'apparaît pas sur les clichés). Au total le duodénum n'affecte plus la forme classique d'un U ouvert *en haut et à gauche* mais celle d'un U ouvert *en bas et à gauche*.

Dans la variété partielle incomplète, l'arc duodénal a sa forme

et sa situation normales mais la seconde portion, latéro-vertébrale, est anormalement courte, alors que la première est anormalement longue, composée qu'elle est de la première portion et de la partie mobile de la seconde portion du duodénum. Cette seconde portion, anormalement courte, est en réalité constituée de trois segments accolés et superposant leurs images : le premier représente l'origine de la seconde portion normalement descendante ; le second, ascendant, rejoint la portion fixe ; le troisième, enfin, est constitué par la partie normalement accolée du second duodénum. Le diagnostic ne sera possible que si l'on arrive par la palpation manuelle, ou grâce à des examens obliques, à dissocier les trois images.

Le traitement du duodénum mobile comporte des opérations de dérivation et des opérations de fixation.

Les dérivations seront les duodéno-jéjunostomies.

Les fixations seront, soit des sutures au péritoine pariétal postérieur, pour rendre au duodénum ses rapports péritonéaux normaux ; soit une suspension du duodénum au ligament rond du foie faufilé le long de la petite courbure de l'estomac en réalisant une opération de Perthès étendue jusqu'au genu supérius.

Enfin, dans les mobilités duodénales totales, la section du muscle de Treitz a pu suffire à guérir des malades qui présentaient une sténose par coudure de l'intestin à l'insertion de ce muscle sur l'angle duodéno jéjunal.

Remarques sur le traitement chirurgical des ictères chroniques par rétention

(*Paris Médical.* N° 20, mai 1931).

J'ai publié ce travail, sur la demande de M. le Professeur Carnot, pour insister sur la nécessité d'opérer précocement les ictères chroniques par rétention.

Dans le calcul du cholédoque, nécessité d'opérer avant l'apparition des complications mécaniques ou infectieuses ; avant de voir la cellule hépatique profondément lésée.

Dans le cancer du pancréas, nécessité d'opérer également pour vérifier un diagnostic toujours passible d'erreurs, et pour procurer au malade le bénéfice qu'il peut tirer des interventions palliatives (anastomoses cholécysto-intestinales).

J'ai discuté, dans cet article, les divers procédés d'anastomoses, accordant la préférence à la cholécysto gastrostomie, facile à exécuter à l'anesthésie locale.

J'ai pu vérifier le bon fonctionnement de ce mode d'anastomoses sur un malade de 72 ans : il s'agissait d'un ictère chronique datant de six semaines, avec cachexie, grosse vésicule, très mauvais état général, lié à un cancer du pancréas avec noyau métastatique dans le foie. La vésicule et le cholédoque, extrêmement dilatés, contenaient une bile absolument blanche. Je pratique une anastomose cholécysto-gastrique et je termine l'opération en introduisant dans la vésicule une petite sonde de Pezzer, que je fixe à la paroi. Cette sonde est maintenue bouchée ; le lendemain matin la sonde est débouchée et il s'en écoule une grande quantité de bile absolument noire. La sonde est rebouchée et tous les matins le contenu de la vésicule est évacué. Jour après jour, la quantité de bile retirée de la vésicule diminue ; la couleur de la bile est de moins en moins foncée ; parallèlement les matières se recolorent, l'ictère disparaît progressivement et l'état général s'améliore. Au bout d'une quinzaine de jours la sonde est enlevée et l'orifice de cholécystostomie se ferme rapidement. A aucun moment il n'a été constaté de *reflux du contenu gastrique* dans la vésicule.

J'ai toujours pratiqué l'anastomose cholécysto sur une sonde de Nélaton, l'estomac étant ouvert par une petite incision parallèle à la couche de fibres circulaires, c'est-à-dire perpendiculaire à la direction du canal pylorique.

Appendicite à forme tumorale

(*Bull. de la Société de Chirurgie.* 14 janvier 1933).

J'ai eu l'occasion d'opérer un malade atteint d'une tumeur de la fosse iliaque droite qui avait fait penser à un néoplasme. Il s'agissait d'une tumeur appendiculaire par appendicite subaiguë ayant évolué de façon absolument torpide, sans atteinte de l'état général, avec des signes fonctionnels insignifiants et sans modifications de la formule sanguine. (Rapport de BAUMGARTNER).

L'examen histologique de l'appendice a permis de découvrir au sein de la tumeur inflammatoire, une abondance considérable d'éosinophiles. Ce fait m'a permis d'émettre l'hypothèse d'une origine parasitaire de cette tumeur bien qu'aucun parasite n'ait été vu sur les coupes.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE

Un cas de troubles gravididiques traités par l'insuline
(Revue Médicale Française. N° 9, déc. 1931).

J'ai rapporté dans cet article, l'histoire d'une malade que j'ai été amené à suivre et à traiter : elle présentait, au cours d'une grossesse, des troubles psychiques extrêmement pénibles. Ces troubles ont complètement disparu par l'injection de petites doses quotidiennes d'insuline.

L'étude de l'action de l'insuline sur les troubles psychiques, un prurit vulvaire qui existait parallèlement, et des crises de corriza spasmodique apparues au cours du traitement insulinique, m'ont permis de faire quelques hypothèses tendant à vérifier la théorie physiologique de l'antagonisme pancréas-surrénale ; les troubles psychiques et le prurit vulvaire étaient supprimés par l'insuline et réapparaissaient à volonté par l'injection d'adrénaline.

PATHOLOGIE OSSEUSE

Décollement épiphysaire bilatéral de l'olécrane

(*Bull. de la Soc. Anatomique.* Juin 1924).

Etant interne du professeur Broca, j'ai observé un cas rare de décollement épiphysaire. Il s'agissait d'un décollement bilatéral et symétrique de l'olécrane.

Le décollement épiphysaire de l'olécrane est un des plus rares des décollements épiphysaires de l'enfance. Bilatéral il est exceptionnel au point que je n'ai pu en retrouver aucun autre cas signalé dans la littérature médicale.

La lésion a parfaitement guéri par une simple suture au catgut du revêtement périosté de l'olécrane et malgré une chute sur le coude quelques jours après l'opération.

Lésion traumatique de la rotule chez un enfant

(*Bull. de la Soc. Anatomique.* Mars 1923).

En collaboration avec M. Madier, j'ai présenté à la Société Anatomique, une très sérieuse lésion traumatique de la rotule chez un enfant.

Pratiquement, la fracture de la rotule n'existe pas chez l'enfant. Dans le cas que nous avons observé, les signes cliniques étaient ceux d'une fracture de la rotule. A l'opération nous avons trouvé un arrachement de toutes la partie inférieure de la coque fibro-cartilagineuse de la rotule, le noyau osseux étant lui-même resté intact. Il s'agissait là d'une lésion que l'on peut, à juste titre, qualifier de décollement épiphysaire.

Le traitement a consisté en un cerclage de la rotule avec un fil de bronze et le résultat fonctionnel a été excellent.

Au point de vue pathogénique il ne s'agissait pas d'un traumatisme direct : c'est au cours d'un effort que l'enfant avait senti brusquement sa jambe se dérober sous lui, et il était tombé. Rien

dans les antécédents ne nous a permis de penser qu'il y avait une cause pathologique antérieure pouvant expliquer la genèse de la lésion que nous avons constatée.

Dislocation bilatérale du carpe

(*Bull. de la Soc. de Chirurgie.* 31 déc. 1932).

J'ai présenté à la Société de Chirurgie (Rapport de M. Fredet) un curieux cas de dislocation bilatérale du carpe. Les lésions, remarquables par leur symétrie, comportaient une luxation du semi-lunaire, une fracture du scaphoïde et une fracture de la partie supérieure du pyramidal. Comme il est de règle, le semi-lunaire luxé en avant, avait entraîné avec la partie supérieure du scaphoïde.

Les lésions dataient de trois semaines et toute réduction s'est avérée impossible. J'ai dû pratiquer, de chaque côté, l'extirpation sanglante du semi-lunaire luxé. D'un côté j'ai enlevé en même temps le fragment scaphoïdien, de l'autre côté je l'ai laissé en place. Le résultat fonctionnel à distance a été plus favorable du côté où j'avais enlevé le fragment scaphoïdien.

GYNÉCOLOGIE

Fibrome kystique de l'utérus

(*Bull. de la Soc. Anatomique.* Juillet 1924).

J'ai présenté à la Société Anatomique un cas de fibrome kystique de l'utérus absolument monstrueux. La tumeur avait le volume d'une citrouille, pesait dix kilogs et contenait quatre litres de liquide. Malgré ses dimensions énormes, cette tumeur, qui remplissait véritablement tout l'abdomen, n'était la cause d'aucun trouble fonctionnel notable ; seuls un peu d'œdème et une teinte violacée des jambes avait amené cette malade à consulter.

Fibro-myome et cancer du corps utérin

(*Ann. d'Anatomie Pathologique.* Février 1927).

J'ai observé un cas de fibromyome utérin associé à un cancer de la muqueuse du corps utérin. Ces deux lésions évoluaient de paire et il était remarquable de constater, sur les coupes l'absence de tout rapport entre le fibromyome et le cancer de la muqueuse. Ces deux tumeurs, l'une bénigne et l'autre maligne, étaient séparées par une bande de tissu utérin normal, et la muqueuse utérine était sans discussion possible, le point de départ du néoplasme.

Cette malade a parfaitement guéri à la suite d'une hystérectomie totale.

CHIRURGIE CRANIENNE

Deux observations d'hémorragies intra-craniennes traumatiques (*Bull. de la Soc. de Chirurgie.* 14 janvier 1933).

J'ai pu communiquer à la Société de Chirurgie (M. le professeur Lenormant rapporteur) deux cas d'hémorragies intra-craniennes traumatiques traitées chirurgicalement avec succès.

Dans une de ces observations il s'agissait d'un ouvrier qui avait reçu un seau de ciment sur la tête. Il avait aussitôt présenté une crise épileptiforme et, conduit à l'hôpital, il n'avait pas tardé à reprendre connaissance. Trois heures plus tard, réapparition du coma, qui devient de plus en plus profond ; en même temps le pouls se ralentit progressivement. Une ponction lombaire ramène un liquide clair, non hypertendu. Bientôt apparaissent des convulsions cloniques, généralisées aux quatre membres. Une mydriase bilatérale mais plus marquée à gauche ; une douleur à la pression de la région temporo-pariétale gauche permettent de faire un diagnostic de localisation.

A l'intervention, j'ai trouvé un très important hématome sous dural et, au centre d'un foyer de contusion cérébrale, une artère piale qui saignait en jet. J'ai assuré l'hémostase par une petite mèche.

A la fin de l'opération le malade était véritablement ressuscité : le pouls était passé de 40 à 70 ; les pupilles étaient redevenues normales ; les convulsions avaient disparu et le blessé demandait à rentrer chez lui.

Les suites opératoires ont été troublées par l'apparition d'aphasie et de crises épileptiformes, peut-être dues à une méningite localisée.

Finalement tout est rentré dans l'ordre et ce blessé a très bien guéri.

La seconde observation concernait une jeune fille qui, après une chute dans les escaliers du métro, présentait des signes d'une fracture grave du rocher du côté gauche. Des signes de compression se sont progressivement installés sans que la blessée soit sortie du coma. Peu de temps avant l'opération étaient apparus des signes de haute gravité : le pouls jusque-là ralenti, s'était brusquement accéléré ; la respiration avait pris un type bulbaire avec de longues pauses respiratoires ; des convulsions épileptiformes étaient apparues.

La trépanation, du côté de la fracture du rocher, a permis d'évacuer un énorme hématome extra-dural occupant toute la zone de Gérard Marchant sur une épaisseur de deux travers de doigts placés de champs ; la dure-mère affaissée ne battait absolument plus.

La ligature de la branche antérieure de la méningée moyenne a assuré l'hémostase et, malgré beaucoup d'indices de gravité reconnus avant et pendant l'opération, cette blessée a parfaitement guéri.

TABLE DES MATIÈRES

PARIS (IV[e])

IMPRIMERIE DU PALAIS

20, Rue Geoffroy-l'Asnier, 20

622-33


AD LVCEM